FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° 194

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 février 1904, à 1 heure

PAR

J. TILLIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TROUBLES NERVEUX

dus à la présence des végétations adénoïdes

Président : M. DEJERINE, *professeur.*
Juges : MM. BOUCHARD et POUCHET, *professeurs,*
M. WIDAL, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJERINE

Médecin de la Salpêtrière.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TROUBLES NERVEUX

dus à la présence des végétations adénoïdes

INTRODUCTION

Il nous a été donné dans le cours de nos études d'observer plusieurs adénoïdiens, et toujours nous avons été frappé de l'importance et de la constance de quelques troubles nerveux qu'on rencontre chez ces malades.

Sans doute, on trouve bien relatés dans les auteurs certains phénomènes nerveux inhérents aux tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et spécialement à la glande de Luschka (troisième amygdale), mais selon nous on ne leur assigne pas la place ni le rôle qu'ils ont en réalité dans l'étude de cette affection.

C'est ce qui nous a amené à écrire ce travail et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Après quelques mots d'anatomie normale et d'anatomie pathologique pour bien montrer les connexions nerveuses de la cavité naso-pharyngienne avec les régions voisines nous décrirons ces différents troubles nerveux en essayant de donner à chacun la place qu'il mérite ; nous verrons également quelle est leur pathogénie et nous conclurons en faveur de l'intervention chirurgicale en nous appuyant sur un grand nombre d'observations dans lesquelles cette intervention a été suivie de la guérison radicale et définitive des phénomènes nerveux.

Qu'il nous soit permis avant d'aborder notre sujet et au moment de terminer nos études médicales de payer la dette de gratitude que nous avons contractée envers nos maîtres des hôpitaux de la faculté.

Que M. le Dr Troisier, médecin agrégé de l'hôpital Beaujon, ainsi que M. le professeur P. Tillaux, chirurgien de la Charité et M. le professeur Pinard, accoucheur des hôpitaux, nous permettent ici de citer leurs noms avec reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée au cours de nos études et pour le désintéressement avec lequel ils nous ont prodigué leurs conseils et leur science.

Nous ne saurions non plus oublier les docteurs Lamarre et Lévêque médecins de l'hôpital de Saint-Germain qui ont dirigé nos premiers pas dans l'art

de la médecine. Nous leur exprimons ici tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle ils nous ont toujours accueilli.

Enfin et surtout, que M. le Dr Coupard, laryngologiste de la fondation Péreire de Levallois, à qui nous devons plusieurs des observations les plus concluantes de cette thèse, nous laisse lui témoigner toute notre gratitude, tant pour l'amitié dont il nous a toujours personnellement honoré, que pour l'empressement avec lequel il a bien voulu mettre à notre disposition dans l'élaboration de cette étude, sa science et sa compétence si connues.

Nous prions en terminant, M. le professeur Déjerine, médecin de la Salpêtrière de croire à notre respectueux dévouement ; nous ne saurions jamais oublier les circonstances dans lesquelles il nous a fait l'honneur de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse et à ce titre nous lui devons une double reconnaissance.

ANATOMIE NORMALE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'amygdale pharyngienne décrite d'abord par : Winslow (1732), puis par Santorini (1775), Tourtual (1846), a été bien étudiée par Kœlliker (1863), Luschka (1868), Ch. Robin (1869), Mayer de Copenhague (1875), Trautmann (1886), Méqueand, thèse de Genève (1887), et Killian (1888) ; Lœvenberg et Châtellier en France se sont occupés aussi tout particulièrement de la question.

Cette amygdale présente un développement très variable. Chez l'enfant elle est très apparente, puis elle a une tendance à diminuer ; elle s'efface généralement à l'âge adulte et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on la retrouve chez les vieillards.

Dès les premières années de la vie elle apparaît bien limitée à la paroi postéro-supérieure du pharynx, en arrière des choanes, entre les deux fossettes de Rosenmuller. Si ses limites sont nettes en avant, en arrière elle se prolonge souvent sur la paroi pharyngienne postérieure jusqu'au bord du trou occipital (Luschka) ou jusqu'à l'arc antérieur de l'atlas (Merkel)

dans les fossettes de Rosenmuller et se continue en s'amincissant jusqu'au-delà du bourrelet de l'orifice tubaire ; profondément sa substance atteint le tissu fibro-cartilagineux basilaire et forme même parfois des ilots enclavés dans la masse de ce tissu (Luschka). De la partie la plus externe se détachent des traînées lymphatiques secondaires : les unes se perdent dans la fossette de Rosenmuller, d'autres suivent une direction différente et vont rejoindre le voile du palais et l'extrémité postérieure du cornet inférieur.

Vers la région inférieure l'amygdale pharyngienne se résout en quelques follicules disséminés.

A sa surface on note des sillons qui la divisent en deux ou trois bandelettes. Ces sillons sont quelquefois très profonds et cette disposition rappelle plus ou moins celle des lamelles du cervelet (Megerand).

Les bandelettes se dirigent vers les fossettes de Rosenmuller leur donnant tantôt l'aspect d'une véritable éponge, tantôt, lorsque le tissu lymphoïde est un peu développé elles peuvent les remplir complétement les réduisant à l'état rudimentaire.

La muqueuse du pharynx qui les recouvre est parfaitement lisse à l'état sain. L'amygdale pharyngienne sera *donc hypertrophiée*, elle deviendra *pathologique*, chaque fois que l'on constatera à son niveau un épaississement.

Quant à l'aspect de ces masses hypertrophiées il est des plus variable ; tantôt c'est une simple infiltration de la muqueuse, tantôt au contraire on observe appendues à la voûte une série de tumeurs plus ou

moins uniformes. Elles peuvent offrir un pédicule ou se présenter sous une forme arrondie, unique et lisse. Leur volume est variable. Elles obturent la moitié, le quart, parfois la totalité de la cavité naso-pharyngienne ; enfin toutes ces variétés d'aspect peuvent se combiner entre elles. Leur siège est médian, latéral, circonscrit ou diffus.

Leur consistance varie également depuis la plus grande mollesse jusqu'à la dureté du polype fibreux qu'on rencontre dans la même région.

Il est à remarquer que les climats glacials (Meyer) et les saisons froides et humides influent sur le développement de cette maladie, mais il faut bien constater qu'aucun pays n'en est affranchi. Quoiqu'il en soit, le froid favorise l'éclosion des accidents en occasionnant les poussées inflammatoires de l'amygdale hypertrophiée.

Quant à l'influence du sexe, elle est peu marquée ; le sexe féminin cependant paraît plus exposé que le sexe masculin ; ce qu'il y a de certain c'est que l'hérédité joue un rôle dans cette production morbide et qu'on observe des familles ou plusieurs membres ont présenté des végétations adénoïdes (Voir observations VI, XVII et XVII *bis*).

La scrofule, les catarrhes répétés ont tour à tour été invoqués pour expliquer leur étiologie ; les enfants issus de tuberculeux et de syphilitiques y paraissent plus exposés.

L'examen histologique des masses enlevées montre qu'elles sont formées essentiellement de tissu adé-

noïde, de tissu hypertrophié, parfois même de masses caséeuses ne différant en rien du tissu des amygdales hypertrophiées (Moure). Il est d'ailleurs à considérer que les végétations adénoïdes coïncident souvent avec l'hypertrophie des amygdales.

Plus intéressantes pour nous, sont les connexions nerveuses que présente la paroi postérieure et inférieure du pharynx, siège des végétations adénoïdes.

Nerfs sensitifs.

Le système nerveux sensitif du pharynx est constitué par le trijumeau, le glosso-pharyngien et le pneumogastrique.

1° *Le trijumeau* envoie des rameaux à la voûte du pharynx et à la muqueuse du pourtour de l'orifice tubaire par les branches efférentes du ganglion de Meckel :

A. — Le nerf palatin antérieur, le plus gros des trois, s'engage dans le conduit palatin postérieur, arrive à la partie postérieure et externe de la voûte palatine et se divise alors en deux rameaux dont l'interne donne des filets à la muqueuse et aux glandes de la face inférieure de la voûte palatine et du voile. Il n'atteint donc pas la région qui nous intéresse.

B. — Le nerf palatin moyen se distribue également au voile du palais.

C. — Le nerf palatin postérieur innerve par ses

filets sensitifs venus du ganglion de Meckel la muqueuse de la face supérieure du voile.

D. — Le nerf pharyngien de Bock, ou nerf ptérygo-palatin, traverse le trou sphéno-palatin, se dirige en arrière, passe par le canal ptérygo-palatin, accompagné par l'artère ptérygo-palatine dont la sépare parfois une cloison incomplète et se termine dans la muqueuse autour de l'orifice tubaire et sur la voûte du pharynx.

2° Le *glosso-pharyngien* innerve la muqueuse du pharynx par ses rameaux *stylo-pharyngien* et *pharyngien* qui se perdent dans le plexus pharyngien. Il innerve la muqueuse de la fosse amygdalienne par des *rameaux spéciaux* qui naissent du nerf au moment où il aborde les côtés de la base de la langue.

3° *Le pneumogastrique* innerve la muqueuse du pharynx et celle du vestibule bucco-pharyngé.

A). — Par les *rameaux pharyngiens* déjà décrits qui s'anastomosent dans le plexus pháryngien et tonsillaire avec les rameaux du glosso-pharyngien.

B). — Par le *laryngé supérieur* qui innerve par sa branche interne la muqueuse de la portion pharyngienne de la base de la langue, de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques et des parois antérieure, latérale et postérieure de la portion laryngienne du pharynx. Luschka décrit sous le nom de rameaux pharyngiens de la branche interne du laryngé supérieur des filets qui innervent la muqueuse de la cavité pharyngo-laryngée ; ceux qui se rendent à la paroi

postérieure du pharynx, et par conséquent à la glande du Luschka, viendraient de l'anastomose des nerfs laryngés supérieur et inférieur.

Nerfs vaso-moteurs et sécréteurs.

Ils ont deux origines principales : ils viennent des nerfs crâniens déjà décrits et du sympathique cervical.

Les filets sympathiques naissent du ganglion cervical supérieur et arrivent dans le pharynx par une triple voie :

1° Par les *nerfs palatins et pharyngiens* nommés plus haut et auxquels ils s'unissent ;

2° Par les *plexus nerveux périvasculaires* des artères palatines et pharyngiennes.

3° *Directement*, par deux ou trois filets qui partent du ganglion cervical supérieur et se rendent aux plexus pharyngien et tonsillaire où ils s'unissent aux rameaux des autres nerfs pharyngiens. Avant d'arriver à leur destination, les nerfs vaso-moteurs et sécréteurs du pharynx et du voile rencontrent plusieurs ganglions nerveux (ganglion de Meckel, ganglions des plexus pharyngien et tonsillaire) qui forment autant de points d'arrêt et de centres périphéques vaso-moteurs et sécrétoires.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les végétations adénoïdes constituent un obstacle permanent aux fonctions respiratoires chez l'enfant. Elles gênent toujours, quelquefois même suppriment complétement la respiration nasale ; elles favorisent aussi les infections bronchiques et occasionnent à la longue des arrêts de développement dans le squelette et surtout des malformations de la face et du thorax qui se traduisent au dehors par cette physionomie spéciale d'hébétude que Châtellier a appelé le « *Facies adénoïdien* ».

Mais à côté de ces différents symptômes par lesquels elles traduisent leur présence, il faut faire une large place aux phénomènes nerveux pour la plupart réflexes qui se manifestent du côté du larynx, de la trachée et des bronches.

Les troubles cérébraux et médullaires dus aux adénoïdes ont été décrits dans les travaux de Thomson, Chaumier, Châtellier, Sallard, Cuvillier, Castex, Bartholi, etc.

Dans ce travail nous aurons surtout pour but de les grouper, d'esquisser leur pathogénie, et, en ajoutant quelques observations personnelles, d'essayer

de faire ressortir toute l'importance qu'ils prennent en clinique. Ils tiennent souvent d'ailleurs la première place dans le tableau symptomatique de l'affection.

Enfin c'est à cause des troubles nerveux que le médecin est la plupart du temps consulté ; c'est à cause d'eux qu'il devra sans hésiter opérer l'enfant qu'on lui présente sans escompter l'atrophie possible de la glande avec les progrès de l'âge puisque ces désordres nerveux sont souvent par eux-mêmes de la plus grande importance.

CHAPITRE I

Troubles nerveux du côté du larynx, de la trachée et des bronches.

Le réflexe le plus commun dû aux adénoïdes, celui dont la pathogénie est la plus banale, c'est la *toux* « dite *essentielle* des adénoïdiens ». Elle présente des caractères particuliers : elle est grasse, quinteuse, et a les caractères du faux-croup (Coupard), elle prend facilement la forme coqueluchoïde, mais elle ne présente jamais la reprise inspiratoire bruyante du chant du coq et elle ne se reproduit pas lorsque l'on appuie sur la face antérieure de la trachée ou du larynx.

La cause de cette toux est liée vraisemblablement à l'état subinflammatoire et congestif entretenu d'une façon permanente par la présence de végétations adénoïdes dans le rhino-pharynx et par l'hypersécrétion muqueuse concomitante. Elle se produira chaque fois que les mucosités seront assez abondantes pour provoquer un réflexe pharyngien ou laryngien.

Elle est généralement plus marquée la nuit que le jour et les malades peuvent avoir 5 ou 6 quintes durant la nuit. Cette prédominance nocturne est due sans doute à ce que les mucosités s'accumulent en plus grande abondance à ce moment dans l'arrière cavité des fosses nasales ; elles ne sont point rejetées à temps par le malade, et inconsciemment il les laisse passer du pharynx dans le larynx alors qu'à l'état de veille une intervention active de la glotte protège le larynx et la trachée.

Cette toux quinteuse est donc bien un phénomène réflexe et l'élément nerveux y tient une place prépondérante.

Ses caractères devront être présents à l'esprit de tous les praticiens, ils leur éviteront des erreurs de diagnostic et les empêcheront de penser à la coqueluche, voire même à la phtisie.

Dans un certain nombre de cas on assiste chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes à de véritables crises *d'asthme*, asthme qui n'a rien d'essentiel et qui disparaît rapidement par l'ablation des masses hypertrophiées. Sans doute l'élément dyspnée tient une place importante dans la pathogénie de ces crises d'asthme, mais l'élément nerveux réflexe en est le facteur essentiel. On tend de plus en plus à admettre aujourd'hui que l'asthme est d'origine nasale ou nasopharyngienne. Il suffit, en effet, pour provoquer des crises d'asthme chez les sujets qui en sont atteints, de toucher un de leurs cornets avec les barbes d'une plume.

Chez l'enfant, pour Dutaugier (Thèse de Paris 1894), les accès d'asthme sont causés par des tumeurs adénoïdes.

D'après Chaumier, on peut distinguer deux formes dans l'asthme dû aux adénoïdes.

La première dite classique, dans laquelle l'asthme survient la nuit et disparaît le jour, faisant place à une santé parfaite pour reparaître la nuit suivante.

Dans la deuxième, les accès d'asthme viennent compliquer un rhume, une bronchite ; la toux devient sifflante, et le malade fait de vains efforts pour respirer ; à d'autres moments sa respiration s'accélère. Ces paroxysmes ne durent pas seulement une nuit mais plusieurs nuits, souvent même ils se manifestent le jour. Cette forme, d'après Chaumier, peut s'observer dans les premiers mois de la vie.

De véritables attaques de *laryngite striduleuse*, des spasmes glottiques (Ruault), principalement chez les tout jeunes enfants, reconnaissent une pathogénie analogue.

L'enfant (Ragonneau) « se réveille brusquement, haletant, couvert de sueurs profuses ; il a un accès de suffocation, puis survient le ronflement produit par le relâchement et l'inertie du voile du palais venant s'appliquer sur la base de la langue qui par suite de la position horizontale retombe elle aussi en arrière sur le fond de la gorge ; ce sont bien là des signes de laryngite striduleuse ». Duplaix (*Gazette des Hôpitaux*, 20 octobre 1892), explique ces attaques de la façon suivante : L'enfant porteur de végé-

tations adénoïdes ne peut respirer que par la bouche un air sec et froid. Comme premier résultat il se produit de la sécheresse de la gorge et une gêne croissante. En outre, il est de règle que les tumeurs adénoïdes s'accompagnent à un moment donné de catarrhe naso-pharyngien ; ce catarrhe détermine des sécrétions qui tombent dans le larynx et y provoquent des réflexes qui se manifestent par de la toux, de l'agitation, le réveil en sursaut.

Ces phénomènes ne sont pas constants, et sous l'influence du gonflement des adénoïdes qui est très variable d'un moment à l'autre, ils peuvent prendre un degré d'exacerbation extrême.

Dans certains cas, en particulier chez les enfants qui ont déjà des symptômes de laryngite simple, les accidents sont devenus très inquiétants ; on a fréquemment observé des enfants qui simplement enroués dans la journée, sans fièvre, sans malaise sérieux, ont été pris, à une certaine heure de la nuit, de crises de suffocation avec toux rauque et quinteuse, symptômes types d'accès de stridulisme.

Duplaix a constaté trois fois la disparition des crises par l'ablation des tumeurs adénoïdes.

Il en conclut que la laryngite striduleuse reconnaît presque comme cause unique la présence de végétations adénoïdes.

M. Coupard d'ailleurs avait déjà admis qu'il y a souvent coexistence des deux affections (45 fois sur 56) (*In revue de Clinique et de Thérapeutique*, 1887).

Les accidents peuvent quelquefois aller jusqu'à la suffocation.

Donalis, chez un enfant de deux ans atteint de végétations adénoïdes avec hypertrophie des amygdales, observa sous l'influence d'une légère poussée congestive des accidents de suffocation tels qu'il dut faire la trachéotomie.

Pour Cuvillier (*Traité des maladies des enfants*, t. II), il s'agit là de troubles nerveux d'origine réflexe nasale plutôt que naso-pharyngienne, et l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka ne joue qu'un rôle secondaire par la compression qu'elle exerce sur les veines du pharynx nasal efférentes de celles du nez ; il en résulte une congestion passive de la pituitaire, du tissu caverneux des cornets (Trautmann), qui augmente la sensibilité de la muqueuse, l'exagère et détermine la production de névroses, réflexes ayant le nez pour point de départ. Ruault a mis ce fait en relief et a établi la coexistence de poussées inflammatoires de la muqueuse nasale avec la production d'accidents nerveux respiratoires.

D'autres ont donné de la production de la laryngite striduleuse et des spasmes glottiques une explication différente.

Dans le faux croup essentiel l'apparition nocturne des accès paraît dû à ce que le larynx se congestionne ; il se fait alors une sorte d'asphyxie lente, la respiration diminue, devient insuffisante et le spasme survient.

En tous cas l'élément nerveux, qu'il soit d'origine laryngée simple ou d'origine nasale, n'en persiste pas moins.

La compression des veines nasales par des adénoïdes explique également certains faits de *rhinite spasmodique*.

La congestion de la pituitaire chez les sujets prédisposés détermine des crises d'éternuement avec larmoiement et douleurs frontales assez vives. Ils ne mouchent pas, mais on pourrait dire (Castex) qu'ils « toussent du nez. »

Le pronostic est ici bien plus favorable que dans les rhinites essentielles : il suffit d'enlever les adénoïdes pour voir les accidents disparaître aussitôt.

Gilette (*New-York medical Journal*, 1898) a relaté trois observations de *torticolis* dû aux végétations adénoïdes, état qui a rapidement disparu après un curettage.

Il croit pouvoir incriminer ces végétations comme causes déterminantes très fréquentes de torticolis congénital ou idiopathique. Inversement, on a noté des cas de torticolis nerveux après l'opération de végétations adénoïdes (Mackernon). Knight, en a observé un cas semblable ; il l'explique de deux façons : par la blessure du droit ou la contusion de ce muscle ; par lésion des fibres nerveuses de la muqueuse ayant provoqué une irritation réflexe des fibres de la musculeuse.

Cette dernière explication et assurément la seule bonne a été admise également par Mackernon.

Le torticolis consécutif à une poussée d'adénoïdite aiguë reconnaît évidemment une cause analogue. Dans les deux cas il s'agit d'un phénomène réflexe.

Félici, de Rome, a observé un malade atteint de *spasme des mâchoires*, mais il est bien difficile d'après ce seul cas d'admettre une relation de cause à effet.

Troubles nerveux du côté de la langue. — Selon Escat (Société de Laryngologie, 1898), certaines névroses de la base de la langue seraient dues aux adénoïdes.

Ainsi s'expliquent certaines formes de *glossodynies* localisées à la racine de cet organe ; elles sont généralement unilatérales.

La paresthésie ou la glossodynie de la base, isolée ou associée s'accompagnent souvent d'un état psychique spécial : obsession gutturale cancrophobie entraînant une expression mentale pouvant aller jusqu'à l'hypocondrie et la mélancolie.

On sait déjà que certaines paralysies linguales (motrices) peuvent être d'origine réflexe (Netchaïeff *Bulletin médical*, 1888) en a guéri une en traitant une lésion des fosses nasales.

CHAPITRE II

Troubles nerveux du côté des organes des sens.

Troubles nerveux de l'olfaction. — Le sens de l'odorat est troublé, cela n'a rien qui doive nous étonner.

Collet dans un rapport à la Société de Laryngologie (mai 1899) a montré que pour que les sensations olfactives aient lieu, deux conditions sont nécessaires : l'intégrité de l'épithélium et le transport de particules odorantes jusqu'à sa surface.

Pour ce qui est de la première de ces conditions, on sait que les végétations adénoïdes coexistent ordinairement avec un certain degré de rhinite hypertrophique s'accompagnant de catarrhe de la muqueuse ; consécutivement à l'inflammation chronique de cette membrane, les cellules olfactives s'altèrent et perdent leurs propriétés.

Les nerfs vaso-moteurs et secréteurs ici associés sont fournis par le nerf maxillaire supérieur (Jolyett et Laffont) mais viennent en réalité du sympathique par le plexus carotidien (Dastre et Morat).

L'olfaction n'existe véritablement que si l'air inspiré met en contact avec la muqueuse saine des particules odorantes ; outre l'obstacle mécanique, l'altération des extrémités nerveuses contribue à rendre l'anosmie complète.

Ce symptôme est aussi intéressant par les troubles du goût qui l'accompagnent. Les sensations gustatives perçues et transmises par les extrémités des nerfs lingual et glosso-pharyngien sont en effet d'une simplicité extrême ; elles se ramènent à quelques sensations fondamentales (doux, amer, salé, acide) elles sont complétées par les sensations olfactives c'est-à-dire par les émanations qui à travers les choannes vont impressionner la muqueuse olfactive. Chez les adénoïdiens il s'agit en somme de *l'anosmie gustative de Zwademaker ;* c'est l'anosmie que l'on observe lorsqu'un obstacle gêne le passage des particules odorantes du pharynx buccal dans les fosses nasales à travers les choannes.

L'insensibilité tactile de la muqueuse coexiste souvent avec l'anosmie (M. Moure). Les malades chez lesquels cette association a été constatée éternuent moins facilement que les autres. Cette diminution de la sensibilité de la muqueuse tient à ce que le coryza chronique qui contribue à produire l'anosmie par action sur le nerf olfactif, altère en même temps les terminaisons du trijumeau.

Troubles nerveux de l'ouïe.

Les relations entre les troubles du rhino-pharynx et de l'ouïe sont intimes.

On note, en effet, les lésions de l'oreille chez les adénoïdiens dans 25 o/o des cas (Turnbull).

Tantôt ce sont de *simples bourdonnements* de l'oreille, tantôt c'est une *véritable surdité*. Quand ils sont bilatéraux ils peuvent devenir l'origine de la *surdi-mutité*.

La plupart du temps ils sont passagers et au bout d'un certain temps l'enfant retrouve l'ouïe et voit disparaître les douleurs qu'il éprouvait dans les oreilles.

Normalement, à chaque mouvement de déglutition, l'extrémité pharyngienne de la trompe s'ouvre pour laisser pénétrer l'air du naso-pharynx et ainsi s'établit une pression uniforme des deux côtés de la membrane du tympan. L'équilibre est rompu quand il y a obstruction des fosses nasales postérieures par les végétations adénoïdes.

Le plus souvent il s'agit d'un trouble mécanique ou inflammatoire propagé à l'oreille moyenne.

Mais l'élément nerveux réflexe qui nous occupe ici spécialement peut avoir une part dans les troubles de l'audition.

L'influence exercée par les adénoïdes enflammées ou simplement hypertrophiées (Ruault) sur les divi-

sions du plexus pharyngien, peut par relation sympathique ou nerveuse influer sur la manière dont s'accomplissent les fonctions de l'oreille moyenne (Ruault).

Naquet admet dans ce cas la paralysie du péristaphylin externe ; il ne peut plus remplir son rôle physiologique qui consiste dans les mouvements de déglutition, ni assurer l'ouverture de la trompe d'Eustache.

L'inflammation de la muqueuse tympanique, et consécutivement celle de la caisse sera par là même facilitée singulièrement.

Troubles nerveux de l'œil.

Etant données les connexions intimes qui existent entre le nez, l'arrière-cavité des fosses nasales et l'orbite, les réseaux vasculaires et nerveux qui unissent ces deux cavités, on peut en induire à priori l'influence des adénoïdes sur certaines affections de l'œil, en particulier sur les altérations nerveuses de cet organe.

L'on a signalé certains cas de *névrite* réflexe dus à l'hypertrophie des amygdales (Ménocho) qui ont guéri rapidement par l'ablation de ces tumeurs.

L'auteur admet pour les expliquer un réflexe passant à travers le glosso-pharyngien et le sympathique au moyen du plexus pharyngien, puis la branche d'Andersh et le plexus caverneux.

Chassaignac avait déjà noté les relations existant entre l'hypertrophie des amygdales et certaines alté-

rations de la vue (conjonctivite, blépharite, kératite) ; mais pour beaucoup d'auteurs il s'agissait là simplement de deux produits d'un même état pathologique : le lymphatisme.

Muller (*Munch Medical Woch.* 1899) passant en revue les différentes affections oculaires liées à des maladies du nez et des sinus, trouve également que les troubles réflexes jouent un rôle important. Ainsi l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne peut amener par voie réflexe soit du *blépharospasme* clonique, soit de *l'asthénopie* ; à l'appui de son dire, il cite cinq observations personnelles. Le blépharospasme essentiel, ayant surtout pour effet la fermeture des paupières par contraction involontaire du muscle orbiculaire dont l'occlusion peut durer pendant plusieurs jours, est un phénomène purement réflexe dont l'origine doit être recherchée dans le territoire du nerf trijumeau.

Ce sont là des faits qui rentrent dans ce que Trousseau appelait les névralgies épileptiformes.

Lœmisch l'a vu survenir après une blessure au front. De Graefe consécutivement à une lésion du globe oculaire. Buzzard dans une affection de l'oreille. La carie dentaire peut le déterminer.

On comprend très bien que du pharynx innervé par le trijumeau puissent également partir des réflexes oculaires.

L'asthénopie accommodative s'observe aussi quelquefois (Muller). Les malades peuvent en être très incommodés ; ils se plaignent de fatigue de la vue.

Si l'enfant sait lire, les lignes ne sont plus distinctes, les lettres s'entremêlent.

Les petits malades éprouvent un certain malaise, des douleurs, des tiraillements dans les yeux, une sensation désagréable au front ou sur le dos du nez (Bronner).

La conjonctivite folliculaire reconnaît des causes différentes (Coppez. Société belge d'ophtalmologie, 1898).

Pour cet auteur les liens qui unissent les muqueuses oculaire et nasopharyngienne sont intimes ; mais pour lui l'origine lymphatique des deux lésions ne fait pas de doute.

MM. les professeurs Sneffer et Gaye ont également porté leur attention sur ces faits, et ils attribuent ces relations, tantôt à une action réflexe, tantôt à des rapports directs entre les systèmes lymphatiques des deux muqueuses.

Certaines conjonctivites des enfants résistent à tout sauf à l'ablation des végétations adénoïdes.

Il semble donc qu'il y ait là plutôt une connexion réflexe entre les deux affections.

L'auteur cite deux cas à l'appui de sa thèse.

Hoffmann a noté à la suite d'affection du pharynx et des amygdales *la diminution d'amplitude de l'accommodation.*

Zeim, à la suite de tonsillite et de végétations adénoïdes du pharynx, a observé des troubles oculaires réflexes : *le larmoiement*, *le blépharospasme*, *le rétrécissement du champ visuel.* La persistance et la

récidive des affections de la cornée et de la conjonctive est fréquente chez les sujets porteurs de ces tumeurs.

L'injection ciliaire est, en effet, un symptôme fréquent chez les adénoïdiens et explique dans ces cas l'incurabilité de certaines formes de conjonctivites et de kératites quand elles existent en même temps qu'une affection du nez.

Ainsi la conjonctivite et la kératite phlycténulaire ne guérissent qu'après la disparition de certaines affections du nez et de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Il s'agit là, en somme, de troubles vasculaires réflexes produits par l'irritation du trijumeau.

Indépendamment de l'hyperhémie réflexe que produit dans la conjonctive l'irritation des organes terminaux du nez, on peut mentionner également, comme cause d'affection oculaire, la gêne apportée à la circulation sanguine par la congestion qui se fait dans les fosses nasales où une partie du sang veineux de l'orbite se déverse normalement par les veines ethmoïdales.

L'influence réflexe des affections du nez et de l'arrière-cavité des fosses nasales sur l'œil n'a rien qui doive nous étonner.

Des phénomènes vulgaires font tous les jours constater les relations nerveuses qui existent entre les deux organes : tels le larmoiement amené par le coryza, par les odeurs et les gaz irritants ; l'éternue-

ment qui succède à une impression lumineuse violente, etc.

Le rôle du trijumeau est évident dans tous ces troubles.

Trousseau (Société d'ophtalmologie de Paris, avril 1899), et le Dr Despagnet (novembre 1889), ont cité un certain nombre de cas de troubles oculaires réflexes d'origine nasale.

A citer en outre les faits de Gruening, de Lemox, de Brown, de Bittmann.

Pour expliquer ces troubles, Fr. Franck a établi que dans les phénomènes de vaso-dilatation consécutifs à certaines excitations nasales, les voies centripètes sont constituées par tous les rameaux sensitifs du trijumeau qui se distribuent aux fosses nasales et aux cavités voisines.

Toutes, en effet, sont très riches en fibres nerveuses émanant du trijumeau.

De l'irritation des extrémités nerveuses de ce nerf résulte la dilatation réflexe des vaisseaux.

Cependant tous les réflexes oculaires ne sont pas d'origine vasculaire.

Dans le blépharospasme, par exemple, il s'agit probablement d'un réflexe du trijumeau transmis du plancher du IVe ventricule au facial.

De même dans le spasme de l'accommodation le réflexe pourrait être transmis par la même voie à l'oculo-moteur commun.

Indépendamment des complications nerveuses, les affections nasales peuvent déterminer dans l'œil des

phénomènes infectieux ; du côté des voies lacrymales, la rhinite hypertrophique qui coexiste presque toujours avec les adénoïdes, est susceptible d'amener l'obstruction du canal nasal.

On peut donc affirmer, comme le faisait il y a déjà 14 ans, le Dr Despagnet :

« Notre miroir ophtalmoscopique ne doit pas seu-
« lement nous servir à éclairer le fond de l'œil mais
« aussi les fosses nasales.

« L'ophtalmologiste doit désormais devenir rhinologiste. »

(Société d'Ophtalmologie de Paris. Août 1889).

CHAPITRE III

Troubles cérébraux.

Parmi les symptômes cérébraux, le plus commun est la *céphalée* qui est constante chez certains adénoïdiens.

Déjà signalée par Meyer, elle présente les caractères des céphalées d'origine nasale ou naso-pharyngienne ; elle est plus marquée au niveau du front, à sa partie médiane et inférieure.

Bartholi en cite plusieurs observations dans sa thèse (voir Obs. V).

Nous-même avons observé plusieurs cas de céphalée tenace ne cédant qu'à l'ablation des tumeurs adénoïdes. Ménière rapporte dans son traité une observation de céphalée survenant d'une façon quotidienne ou intermittente durant plusieurs heures (Voir Obs. XVI).

Ces maux de tête sans être très violents suffisent à fatiguer l'enfant et à lui retirer ses facultés de travail.

La céphalée est due en partie à la congestion de la pituitaire secondairement hypertrophiée, et en partie à une inflammation des sinus frontaux, car dans certains cas elle présente une prédilection remarquable pour les régions sus-orbitaires où elle se fait sentir avec une intensité considérable.

La relation de cause à effet est prouvée par le curettage des adénoïdes qui dans la plupart des cas supprime les phénomènes douloureux.

Certains adénoïdiens présentent de véritables *attaques d'épilepsie* (Thompson).

Boulay (*Archives de Laryngologie*, 1896) a observé chez un enfant de 12 ans, porteur de grosses amygdales et de végétations adénoïdes, de véritables crises épileptiformes.

Il s'agit là, pour l'auteur, non d'épilepsie vraie mais de crises convulsives réflexes, analogues aux accidents épileptiformes que sont susceptibles de provoquer les corps étrangers de l'oreille et certaines lésions des fosses nasales et du rhino-pharynx.

Le Dr Coupard, a lui aussi signalé ces accidents épileptoïdes, et nous devons à son amabilité l'observation d'un enfant atteint de végétations adénoïdes et présentant des attaques d'épilepsie, lesquelles ont complétement disparu après l'ablation de ces tumeurs (V. Observation XII).

Dans un Mémoire communiqué à l'Académie de médecine, en 1891, Chaumier s'est efforcé d'établir une relation entre *l'hystérie* et les tumeurs adénoïdes.

Il rapporte un certain nombre d'observations qui

paraissent très concluantes ; pour lui, chez la plupart des enfants hystériques on trouverait des végétations adénoïdes.

Pour Ollivier (Académie de médecine, 1892) il n'y aurait aucun rapport de cause à effet entre les deux affections.

Les convulsions s'observent surtout chez les très jeunes adénoïdiens.

Arslan a communiqué au Congrès de Padoue l'histoire d'enfants atteints de convulsions et guéris après l'ablation des végétations adénoïdes.

Thomson rapporte le fait de deux enfants adénoïdiens dans une même famille qui moururent tous deux de convulsions ; un troisième frère adénoïdien fut pris, lui aussi, de convulsions qui disparurent après l'ablation définitive du tissu hypertrophié.

Ce qui rend ce dernier fait assez probant, c'est que les adénoïdes ayant été insuffisamment curettées, elles s'hypertrophièrent de nouveau et les convulsions reprirent pour ne cesser qu'après un nouveau curettage.

Cuvillier a également soigné un malade ayant des attaques d'épilepsie qui ont disparu après l'opération ; mais l'auteur n'ayant pas observé directement les crises qui se produisaient la nuit, pense qu'il s'agissait là simplement de crises nerveuses d'origine réflexe.

La chorée doit dans certains cas, suivant Delvau et Régnier être attribuée aux lésions rhinopharyngiennes des adénoïdes.

Les insomnies, cauchemars existent pour ainsi dire d'une façon constante chez les adénoïdiens.

Quelquefois le petit malade croit voir un chien ou un chat sur son lit ; il s'agite, il se débat, quelquefois même il perd connaissance pendant la crise. Il appelle sa mère à grands cris, celle-ci se rend à ses plaintes, mais il ne la reconnaît pas, cet état d'inconscience peut durer un quart d'heure et même plus.

L'ensemble de ces symptômes constitue *la terreur nocturne.*

Souvent liés à des troubles digestifs sous l'influence des toxines d'origine alimentaire qui agissent directement sur les cellules cérébrales, les terreurs nocturnes peuvent être également produites par action réflexe sur le cerveau.

Les phénomènes réflexes ne manquent pas chez les adénoïdiens comme nous avons vu : Ce sont du reste tous les dyspeptiques.

Les deux causes productrices des terreurs noturnes sont donc présentes.

On s'explique que les terreurs nocturnes aient été relatées dans nombre d'observations. (Voir observations I à VII et obs. XVII).

La gêne de la phonation, les altérations de l'audition, la céphalée presque continue rendent les petits malades *inapts au travail intellectuel.*

Leur mémoire est souvent affaiblie. L'audition est gênée et *la compréhension* est moins nette.

La parole chez les tout jeunes enfants est retardée, et dans la suite ils éprouvent une certaine difficulté

pour s'exprimer. Le vice de prononciation qui consiste essentiellement en ce que les voyelles nasales AN, EN, IN, ON, UN, perdent leur N persiste souvent après l'opération lorsque les voies sont redevenues libres et que rien ne s'oppose plus à l'émission des consonnes nasales.

Ceci prouve qu'il n'y a pas seulement obstacle mécanique mais que l'élément nerveux joue également un rôle.

M. Cartaz (*Archives de laryngologie*, 1887) attribue cette persistance à l'habitude, et une véritable éducation nouvelle est souvent nécessaire pour corriger cette prononciation défectueuse.

Dans certains cas les malades éprouvent une difficulté réelle à trouver leurs mots, et H. Meckuen (*Gazette méd.* 1896) rapporte l'histoire d'un enfant dont la parole avait toujours été défectueuse et allait jusqu'au bégaiement et dont le défaut s'était récemment aggravé au point de ne pas pouvoir parler devant des étrangers. Il lui était impossible d'articuler même son nom : chaque fois qu'il ouvrait la bouche pour parler il se livrait à des contorsions et à des mouvements désordonnés des muscles de la face.

L'examen de la bouche révéla de la déviation de la langue et de la luette. Après ablation des végétations adénoïdes la guérison survint très rapidement et le langage redevint normal. Grandenigo a observé trois cas de bégaiement et de retard de la parole jusqu'à 3 et 4 ans dus à l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka.

Tout récemment encore Grossard (Société française de laryngologie, décembre 1903) a signalé deux cas de bégaiement vrai dus à la présence des adénoïdes et qui ont disparu complétement après l'ablation de ces tumeurs.

L'ensemble de ces troubles cérébraux joint à la difformité de la face caractérisée par l'ouverture constante de la bouche, et le développement exagéré du maxillaire inférieur, donne à l'enfant un air d'hébétude particulier auquel Guye d'Amsterdam a donné le nom « d'aprosexie nasale ».

M. Balme, dans sa thèse sur l'hypertrophie des amygdales, rapporte un grand nombre d'observations d'idiots ou d'arriérés de la colonie de Vaucluse ayant de l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka ; mais M. Balme ne nous dit pas si l'on a tenté le traitement de ces adénoïdiens ce qui eût été du plus grand intérêt.

CHAPITRE IV

Troubles médullaires et psychiques Incontinence d'urine.

Au nombre des troubles nerveux d'ordre psychique et médullaire, il faut placer l'*incontinence nocturne d'urine*. Signalé (Cr. M. Mayor Ziem., Bloch) depuis longtemps, plutôt que démontré, le rapport entre les végétations adénoïdes et le syndrome urinaire, a été bien établi par Korner, Schnatz et Sokolsvski.

Sur 192 cas, Gronbech (*Arch. für, Laryngolog,* 1894, p. 214) relève 24 fois l'incontinence d'urine.

Dans 21 cas elle fut améliorée ou disparut complétement après l'opération. Dans 3 cas seulement il n'y eut pas d'amélioration.

Sur 7 non opérés, 5 restèrent dans le même état au point de vue nasal et urinaire, 2 virent l'incontinence spontanément disparaître par suite du rétablissement, certain dans un cas, probable dans l'autre de la respiration nasale.

La fréquence de l'incontinence d'urine est donc grande, la guérison n'est due qu'au rétablissement de la respiration nasale.

Par quel mécanisme cette incontinence est-elle produite ?

Pour les uns elle serait uniquement d'ordre psychique et serait consécutive au retard intellectuel. Pour les autres elle serait due à l'excès de CO^2 dans le sang ; on sait en effet les accidents de cyanose et de suffocation qui peuvent survenir chez les adénoïdiens ; ces accès peuvent même quelquefois amener un début d'asphyxie, et dans un cas nous avons vu la trachéotomie pratiquée d'urgence (voir observation XIV) ; l'apnée était complète et la terminaison fatale imminente.

De cette gêne permanente de l'hématose il résulte dans le sang un excès de CO^2, qui, venant agir sur la moelle détermine l'incontinence d'urine (Ziem).

L'action mécanique semblerait donc primitive et c'est l'asphyxie consécutive qui serait le point de départ du réflexe.

Quoiqu'il en soit, les troubles nerveux réflexes et psychiques semblent avoir également ici leur part, et pour beaucoup d'auteurs l'incontinence nocturne d'urine a une origine purement nerveuse.

CHAPITRE V

Troubles nerveux du côté de la peau : poussées d'eczéma.

Le Dr Régnier a signalé dernièrement (V. Obs. XVI.) le cas d'un jeune enfant atteint d'adénoïdes et présentant de véritables accès de chorée en même temps que de fortes *poussées d'eczéma* à la face.

Beaucoup d'auteurs jusqu'ici, et en particulier Baumel de Montpellier, avaient admis l'hypothèse que l'eczéma de la face chez l'enfant était lié à la dentition. Il serait dû, selon eux, à une irritation réflexe sous l'influence de l'évolution dentaire, irritation ayant le trijumeau pour point de départ et aboutissant aux organes sécréteurs de la peau.

L'origine nerveuse de ces poussées eczémateuses n'aurait donc rien qui dût nous étonner ; elle concorde d'ailleurs avec la théorie de Leredde sur le substratum physiologique de ces éruptions.

Nous-même nous avons observé, dans le service du Dr Coupard à la fondation Pereire de Levallois, un cas typique d'eczéma radicalement guéri après l'ablation des végétations adénoïdes (V. Observ. XVIII).

CHAPITRE VI

Pathogénie des troubles nerveux.

Pour quelques auteurs, parmi lesquels on peut citer Cuvillier, les troubles nerveux sont d'origine nasale plutôt que naso-pharyngienne et les adénoïdes ne jouent dans leur production qu'un rôle tout à fait secondaire.

On sait, et les travaux de Ruault l'ont bien montré, les nombreux accidents réflexes (asthme, convulsions) déterminés par les déformations nasales et les altérations de la muqueuse pituitaire.

L'amygdale pharyngienne par son hypertrophie comprime les veines du pharynx nasal afférentes de celle de la pituitaire ; il en résulte une congestion passive des tissus caverneux dans les cornets et les méats et une sensibilité exagérée de leur muqueuse : de là, production de névroses réflexes respiratoires.

De 1882 à 1884, Hack avait déjà montré qu'en même temps que les réflexes nasaux il se produisait un gonflement uni ou bilatéral du segment antérieur du cornet supérieur, voire même de son segment postérieur, plus rarement du cornet moyen.

Il se ferait là une sorte d'érection du tissu caverneux avec emmagasinement du flux nerveux qui se déchargerait ensuite sous forme de réflexes secondaires des plus variés (Woldenhaer).

Pour M. Raulin les troubles dus aux adénoïdes n'existent pas seuls. « Il s'agit là aussi d'une rhinite pseudo-hypertrophique beaucoup plus marquée sur les cornets inférieurs ; cet état est occasionné par la congestion passive du tissu caverneux due à des troubles circulatoires qui sont engendrés par la présence de la tonsille pharygienne ».

Pour nous, la muqueuse du nez est très sensible sur toute sa surface, elle devient l'origine de réflexes qui par l'intermédiaire du trijumeau se transmettent au facial, à l'oculo-moteur commun, au pneumogastrique. Enfin chez tous les adénoïdiens il faut admettre l'influence de *l'hérédité* sur l'apparition des troubles nerveux.

Quelques adénoïdiens, en effet, restent indemnes des accidents nerveux, par exemple d'incontinence d'urine, alors que celle-ci se retrouve chez plusieurs frères et sœurs.

Pour quelques auteurs (Sollard et Balme), végétations adénoïdes et troubles nerveux reconnaissent

une même cause : le lymphatisme qu'accompagne souvent une tare nerveuse héréditaire.

Cette opinion est d'autant plus admissible que chez les adénoïdiens il y a beaucoup de dégénérés avérés, ainsi que nous l'avons remarqué au début de ce travail.

CHAPITRE VII

Troubles nerveux chez l'adulte.

Les végétations adénoïdes, nous l'avons vu, subissent chez l'adolescent un temps de régression et disparaissent généralement au moment de la puberté.

Toutefois elles persistent dans certains cas chez l'adulte et même chez le vieillard (voir thèse de Cuvillier, 1890). D'après les travaux de Vacher, Lermoyer, Tankelivich de Bourges, les accidents nerveux ne sont pas aussi dramatiques que chez l'enfant, et on n'observe guère de troubles cérébraux comme réveil en sursaut, cauchemars, etc.

Ce sont les phénomènes d'ordre neurasthénique qui dominent la scène, et ce n'est que par un examen très minutieux que l'on arrive à découvrir la cause de ces troubles.

La céphalée est fréquente également chez l'adulte. La perte de l'odorat est souvent complète (voir observations chez l'adulte).

OBSERVATION I

(Bartholi)

Terreurs nocturnes.

Albert G..., âgé de 9 ans.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; rien de bien saillant non plus dans son histoire pathologique, si ce n'est que cet enfant est atteint de surdité depuis l'âge de 4 ans.

Actuellement il a de plus des écoulements d'oreilles intarissables ; il ouvre la bouche en dormant, ronfle et rêve tout haut.

Ses cauchemars sont effrayants : il crie la nuit, se dresse debout sur son lit en se débattant, et souvent, au milieu de ses frayeurs, il se lève tout nu et parcourt le logement de ses parents.

Au toucher on trouve des végétations adénoïdes énormes ; on l'opère et la guérison se fait comme par enchantement.

OBSERVATION II

Du même auteur.

Louise D..., 15 ans. Fillette très pâle, sujette aux maux de gorge et aux amygdalites ; elle tousse presque continuellement ; à 4 ou 5 ans sont survenus des bourdonnements d'oreilles ; on trouve à gauche une grosse amygdale et avec cela des tumeurs adénoïdes. Se rappelle qu'étant toute jeune elle s'est

réveillée très souvent en sursaut au milieu de rêves terrifiants.

L'opération est pratiquée et elle est suivie de la disparition immédiate de tous ces accidents.

OBSERVATION III

Du même auteur.

Terreurs nocturnes et surdité.

Albertine D..., 11 ans. Elle a la bouche ouverte jour et nuit et ronfle aussitôt couchée.

Palais ogival; on trouve des tumeurs adénoïdes et de grosses amygdales.

La petite malade rêve et parle tout haut la nuit, elle a de nombreux cauchemars; de plus elle est atteinte depuis plusieurs années de surdité bilatérale.

Grattage au couteau de Schmidt, et guérison de la surdité et des terreurs nocturnes.

OBSERVATION IV

Du même auteur.

Alfred Ca..., 6 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Comme antécédents personnels : Rougeole à six mois, coqueluche à trois ans, deux bronchites à quatre ans.

L'année précédente il se réveillait en peur au milieu de la nuit.

Bouche ouverte, palais un peu ogival, grosses amygdales et végétations adénoïdes énormes se laissant déchirer avec l'ongle.

Lavages du nez, Guérison.

OBSERVATION V

Du même auteur.

Terreurs nocturnes. Céphalée.

Alice S..., 9 ans. Coryzas fréquents l'hiver surtout ; quatre bronchites. Elle a souvent peur la nuit, elle se réveille parfois en poussant des cris déchirants. Céphalée presque constante depuis cinq ans. Adénoïdes opérées avec le couteau de Schmidt. Guérison consécutive.

OBSERVATION VI

Du même auteur.

Terreurs nocturnes et faux-croup.

Alphonse B..., 9 ans. Bouche ouverte nuit et jour. Ronfle en dormant ; renifle constamment.

Il a fréquemment des terreurs nocturnes et reste quelquefois 20 minutes sans reconnaître ses parents. On touche facilement la conjonctive oculaire et le pharynx sans provoquer de réflexes.

André son frère a des terreurs nocturnes et présente également une toux rauque avec oppression et sifflement à distance. Toux présentant le caractère spasmodique (faux-croup).

OBSERVATION VII (Personnelle).

Terreurs nocturnes et incontinence d'urine ; troubles de la parole.

Louis M..., âgé de 10 ans, a eu la scarlatine dans son jeune âge vers cinq ou six ans; à peu près à la même époque la mère s'est aperçue qu'il ronflait en dormant ; de plus, très souvent

il s'éveillait en sursaut criant et gesticulant, appelant sa mère, Celle-ci essayait de lui parler, mais il ne lui répondait pas n'ayant pas l'air de la reconnaître: cet état persistait quelquefois une heure durant, mais généralement un quart d'heure au plus. Puis il se mettait à pleurer et sa mère avait toutes les peines du monde à le consoler. Jusqu'à 4 ans, il a uriné au lit. L'enfant fait répéter quand on lui adresse la parole. Il a été très long à parler correctement et actuellement il ne prononce pas les nasales ; il tousse, la nuit principalement.

A l'examen on trouve des végétations adénoïdes et on conseille l'intervention.

Opération le 5 juin 1902 ; le 15 août il nous a été donné de revoir le petit malade ; les terreurs nocturnes et l'incontinence ont disparu et il parle maintenant correctement ; la toux et les autres troubles nerveux ont complétement disparu.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Convulsions.

Louis B..., âgé de 2 ans. Il a des convulsions que la mère au début avait attribuées à l'éruption des dents.

Mais comme il présente de temps à autre des accès de cyanose et d'étouffement, elle vient consulter son médecin habituel qui, après l'avoir examiné, le renvoie au spécialiste.

L'enfant est amené à la clinique du Dr Castex ; au toucher on ramène des fragments de tumeurs adénoïdes et on conseille l'opération qui se fait avec la pince. Le malade qui nous est montré huit jours après n'a eu qu'une seule fois une ébauche de convulsions depuis l'intervention, alors qu'autrefois elles revenaient tous les jours.

L'état général est meilleur et le sommeil s'est régularisé.

OBSERVATION IX

(Bartholi)

8 mai 1890. Alida H..., 8 ans : Convulsions à quatre mois. Elle était couchée quand subitement les yeux se sont convulsés dans l'orbite, puis elle a éprouvé des secousses dans tout le corps ; cela a duré cinq minutes et s'est reproduit trois fois le même matin. Lorsqu'elle fut revenue à elle il n'y paraissait plus ; la troisième fois sa figure était devenue violacée et on la croyait morte : cet accès de cyanose n'a disparu qu'au bout d'un quart d'heure.

Un mois après, les mêmes phénomènes se sont renouvelés et ont reparu de temps en temps pendant trois mois, au total une dizaine de fois. Cette enfant est très nerveuse, constamment agitée et ne peut s'occuper de la même chose pendant cinq minutes ; la nuit elle se relève, s'assied sur son lit, se couche de tous les côtés, rêve et parle quelquefois tout haut dans ses rêves. Pas de terreurs. Ouvre la bouche et ronfle en dormant. Opération à la pince.

Le 26 juillet. — La petite fille, bien qu'encore un peu nerveuse, n'a plus de convulsions ; de plus elle dort bien, la bouche fermée, n'a plus de cauchemars et respire normalement la nuit.

OBSERVATION X (Personnelle).

Asthme.

Jules M..., 2 ans 1/2 tousse depuis presque l'époque de sa naissance. Il est souvent enchifrené. La mère le présente à la consultation des Enfants-Malades où on lui trouve une bron-

chite et où on le soigne en conséquence. C'est d'elle-même qu'elle vient consulter le spécialiste.

La mère dit qu'il est très oppressé, surtout la nuit, et que cette oppression le réveille. Il a des quintes de toux avec expulsion de mucosités filantes hors de la bouche. Il se réveille en étouffant, se met sur son séant et fait de vains efforts pour reprendre haleine.

La première aspiration est sifflante et s'entend à distance. Sa toux est parfois aboyante.

Opération le 1er novembre 1901 à la pince de Ruault.

Le 8 novembre. — La toux est encore persistante mais n'a plus ce caractère spasmodique qui effrayait tant la mère.

Le 30 novembre. — La toux et les autres phénomènes nerveux ont totalement disparu.

OBSERVATION XI (de Bartholi).

Narcisse L..., 8 ans. Ronfle la nuit et a des étouffements qui inquiètent ses parents ; sa respiration a des sifflements que l'on entend de très loin et il a constamment la bouche ouverte.

Première intervention : Le malade étouffe encore dans les jours suivants.

Deuxième intervention : Deux mois après guérison définitive.

OBSERVATION XII

Due à l'obligeance du Dr Coupard.

Attaques d'épilepsie.

Henri X..., 12 ans, de la Flèche (Sarthe). Est adressé au Dr Brissaud par le Dr Choquet pour des attaques d'épilepsie fré-

quentes. Le Dr Brissaud engage fortement le père à faire opérer son fils des végétations adénoïdes. L'enfant présente d'ailleurs le type accompli de l'adénoïdien.

Il est envoyé au Dr Coupard qui l'opère.

Depuis l'intervention qui a eu lieu en 1895, le jeune X... n'a plus eu aucune crise d'épilepsie.

L'auteur a revu le père à différentes reprises, et l'an passé encore ce dernier lui a confirmé la guérison absolue de son fils.

L'état physique et intellectuel s'est d'ailleurs amélioré d'une façon considérable.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

Retard du développement intellectuel.

Marie N.... Cette enfant qui va avoir trois ans, prononce à peine quelques mots usuels. Elle est chétive d'aspect, marche peu et reste toujours assoupie. La mère ne lui trouve pas l'air éveillé ; elle mange peu et se nourrit uniquement de liquides ; elle est très irritable, dort la bouche ouverte et ronfle en dormant. L'examen de la gorge nous montre des amygdales hypertrophiées et au toucher rétropharyngien on trouve des tumeurs adénoïdes.

Opération le 8 août 1901, mais il ne nous a pas été donné depuis de revoir la malade.

OBSERVATION XIV

(Bartholi)

Incontinence d'urine. Toux quinteuse. Asphyxie

Jules J..., âgé de 12 ans, soigné à l'hôpital maritime de Berck pour un peu d'adénite strumeuse et de la faiblesse congénitale ; il présente à son entrée de l'incontinence nocturne d'urine qui date de deux ou trois ans. Pendant la journée il a de la somnolence et ne montre aucune aptitude au travail ; il tousse, sa toux est rauque et quinteuse à caractère coquelucheïde mais sans chant du coq. L'enfant n'est pas anémique. mais pour son âge il est peu développé.

Les incisives médianes restent découvertes par la lèvre supérieure.

L'état intellectuel est inférieur à celui des enfants de son âge : l'enfant sait à peine lire, et on ne parvient pas à le faire appliquer. Il présente de temps en temps des crises de suffocation qui durent peu mais pendant lesquelles les joues et les lèvres deviennent bleuâtres.

A l'examen on trouve des adénoïdes peu volumineuses mais très étendues et très haut placées ; derrière le voile du palais on constate en même temps l'hypertrophie des amygdales.

On essaye de curetter les amygdales, mais l'opération est rendue impossible par l'indocilité du sujet.

Deux jours après nouvelle crise de suffocation, mais alors beaucoup plus grave et pour laquelle l'interne du service est appelé. Il trouve un enfant à la face violacée, aux extrémités

froides et exsangues. Il essaie la respiration artificielle et les tractions de la langue : rien n'y fait.

La terminaison fatale paraissant imminente, l'interne lui fait la trachéotomie.

Les phénomènes asphyxiques cessent, et la guérison survient. On laisse la canule à demeure pendant quinze jours.

Depuis l'opération l'enfant n'a plus d'incontinence nocturne d'urine, il n'a plus cette tendance à la somnolence il peut lire et aller à l'école.

Les bienfaits de la trachéotomie se font sentir encore quelques jours après l'ablation de la canule.

Les phénomènes d'incontinence d'urine reprennent alors en même temps que la somnolence et les troubles cérébraux.

Pour le coup l'opération radicale des adénoïdes est pratiquée et elle est restée efficace depuis.

Cette observation est intéressante par le fait de la disparition après la trachéotomie des accidents nerveux (incontinence d'urine, toux, somnolence) et leur réapparition après l'ablation de la canule.

La cure radicale des adénoïdes seule a suffi pour amener une guérison définitive.

OBSERVATION XV

(Bartholi)

Migraine ophtalmique.

Léon G..., 13 ans. Etant tout petit il avait la poitrine grasse, faisait du bruit en respirant et se réveillait en peur. Rhumes de cerveau fréquents, migraine depuis l'âge de 9 ans.

Elle dure sans trêve toute la journée. L'enfant reste constamment anéanti. La douleur s'étend quelquefois du front à

l'occiput : pas de vomissements ; la vue est brouillée ; il a vu une fois du feu formant des collines qui montaient et descendaient, le sommet en rouge, le bas en noir, le reste en gris. Lorsqu'il lit, il voit plusieurs rangées de lettres sur la même ligne.

Opération suivie d'amélioration notable.

OBSERVATION XV *bis* (Personnelle)

Migraine, céphalée.

Enfant M..., du sexe féminin, âgée de 8 ans. A depuis deux ans de fréquentes migraines avec céphalée persistante et gêne de la respiration Elle est maigre et chétive.

On l'amène à la clinique où nous lui trouvons des amygdales et des adénoïdes énormes.

Opération suivie d'une guérison définitive des troubles respiratoires et d'une amélioration de la migraine.

OBSERVATION XVI

(Ménière)

Céphalée.

M. X..., 10 ans, lymphatique avec facies caractéristique. Est atteint de céphalée quotidienne depuis 2 ans.

Cette migraine commence vers 11 heures du matin et dure jusqu'à 4 ou 5 heures. Divers praticiens ont essayé toutes les médications : sulfate de quinine, bromures, antipyrine, douches froides, station à la mer, et enfin séjour à la campagne dans un lieu élevé.

Un vieux praticien de la localité conseille alors au père de

faire examiner par un spécialiste le nez de l'enfant, car il lui paraît bouché...

A l'exploration : hypertrophie adénoïde considérable. On conseille l'opération qui est acceptée et la guérison survient dans les quinze jours.

OBSERVATION XVII

De Régnier. — *Annales des maladies de l'oreille*, p. 118. 1902.

Chorée et terreurs nocturnes. — Eczéma de la face.

Le jeune X..., âgé de 11 ans, est amené à l'auteur parce qu'il est atteint de mouvements choréiformes qui parfois se transforment en véritables accès de chorée et en poussées d'eczéma. Cet enfant présente en outre des troubles de l'intelligence : il est déséquilibré, a des enfantillages d'un bébé de 6 ans ; il a de plus des cauchemars avec réveil et des peurs. Il est physiquement très peu développé.

L'examen rhinoscopique décèle la présence de végétations adénoïdes volumineuses, et l'opération est conseillée.

Suites normales ; la santé de l'enfant va en s'améliorant, mais il y a encore de temps en temps des à-coups.

Plusieurs poussées successives d'eczéma accompagnées de fièvre et d'agitation nocturne, mais de moins en moins intenses ; l'état physique et intellectuel s'améliore.

Finalement au bout de trois mois il y a une augmentation sensible dans les progrès du sujet et on n'a plus observé de poussée eczémateuse dans ce laps de temps.

OBSERVATION XVII (*bis*).

Du même auteur.

Laryngite striduleuse.

Elle concerne le frère cadet du précédent.

C'est un enfant de 9 ans assez bien développé mais dont la poitrine est cependant restée étroite. Il est depuis l'âge de 4 ans sujet à de fréquents coryras suivis de bronchite. plusieurs reprises il a eu des accès de faux croup.

Le facies adénoïdien est moins accusé que chez l'aîné.

L'examen du naso-pharynx permet de constater la présence de végétations adénoïdes. Elles sont aussi enlevées, et dix jours après on constate déjà que les mouvements du diaphragme qui étaient diminués d'amplitude sont augmentés dans de notables proportions.

Cette observation a ceci de particulier qu'elle montre l'influence de l'hérédité sur la présence des adénoïdes, et aussi l'existence des phénomènes nerveux qui les accompagnent chez plusieurs membres de la même famille.

OBSERVATION XVIII

Due à l'obligeance du Dr Coupard.

Eczéma.

Enfant de 4 ans fils, d'un brasseur de Clichy. Cet enfant est adressé à l'auteur par le Dr Knopf pour l'ablation des adénoïdes. Il a le corps couvert d'eczéma au point qu'on est obligé de lui attacher les mains pour l'empêcher de se gratter. Il passe

ses nuits presque sans sommeil. Déformations caractéristiques de la poitrine.

L'opération a lieu, et huit jours après l'eczéma tend déjà à disparaître.

Voilà six ans que l'enfant a été opéré, et l'auteur qui a eu l'occasion de le revoir plusieurs fois, a pu constater lui-même que l'eczéma l'avait totalement abandonné.

OBSERVATION XVIII (*bis*).

Laryngite striduleuse et ichthyose.

(Nous a été communiquée par le même auteur).

Elle concerne le petit-fils d'un chef de gare de Paris. Cet enfant âgé de 10 ans, présentait des adénoïdes hypertrophiées avec de la laryngite striduleuse et de l'ichthyose aux mains, au cou et aux pieds.

Après l'opération qui eut lieu sur les conseils de M. Coupard, les crises laryngées disparurent, mais ce ne fut pas sans étonnement que le grand-père (lequel d'ailleurs nous a confirmé ces détails) s'aperçut que les mains et le cou de son petit-fils perdaient leur rudesse au toucher et s'assouplissaient peu à peu.

Voilà deux mois que l'intervention a eu lieu ; il serait téméraire d'affirmer dès aujourd'hui une guérison définitive ; mais l'auteur se propose de compléter l'observation dans trois ou quatre mois.

OBSERVATION XIX (De Cuvillier).

Troubles nerveux chez l'adulte.

Mme X..., âgée de 20 ans, se présente à la consultation du Dr Gougenheim pour de la dyspnée et des troubles respiratoires. On fait l'examen du rhino-pharynx par l'éclairage et le

toucher, et on constate la présence de végétations adénoïdes multiples.

La malade accuse également une céphalée presque constante.

L'opération la guérit à la fois de ses troubles respiratoires et de sa céphalée.

OBSERVATION XX (Cuvillier)

M. Y..., âgé de 35 ans, souffre depuis longtemps de maux de gorge et s'enrhume facilement. Il se décide à venir consulter un spécialiste.

Il se plaint aussi de céphalée fréquente et éprouve le besoin de dormir très souvent dans la journée.

Guérison après un mois de traitement.

OBSERVATION XXI (Personnelle).

M. Ch..., âgé de 34 ans, présente fréquemment de violents accès d'asthme, cela depuis plus de deux ans. Le malade a suivi de nombreux traitements internes mais sans aucun succès ; il se met dans l'idée qu'il a un obstacle au niveau des fosses nasales ou du pharynx.

Il sent, dit-il, comme un corps étranger au niveau du pharynx et il respire difficilement par le nez.

Il se présente à la consultation du Dr Castex.

On lui constate dans l'arrière-nez des végétations adénoïdes avec rhinite hypertrophique.

Interrogé il avoue avoir toujours très mal respiré depuis son enfance, il a du reste le facies d'un adénoïdien ancien : les incisives médianes sont mal implantées et la voûte palatine est légèrement ogivale.

Opération des adénoïdes quinze jours après et guérison complète de tous les phénomènes respiratoires.

Les crises d'asthme ont complétement disparu.

OBSERVATION XXII (Gougenheim).

Mme X..., âgée de 30 ans, présente des accès violents d'asthme, sans troubles de l'ouïe ; maux de gorge fréquents.

Guérison des maux de gorge après l'opération et diminution très sensible des accès d'asthme.

OBSERVATION XXIII

Due à l'obligeance du Dr Coupard.

Mme P..., 24 ans, artiste du théâtre des Nouveautés, ne peut plus chanter depuis deux ans. Elle se plaint d'oppression et de crises d'asthme.

Le docteur Neubauer l'adresse à l'auteur qui constate la présence d'adénoïdes, et les enlève avec la pince.

Depuis Mme P... a repris son rôle au théâtre. Sa voix est redevenue parfaite et son asthme a complétement disparu.

TRAITEMENT

Le traitement médical est presque nul dans ses résultats. Il consiste en irrigations antiphlogistiques et en insufflations antiseptiques.

Nous devons particulièrement insister sur la nécessité de ne pas trop compter sur l'atrophie des glandes avec les progrès de l'âge et de ne recourir que temporairement aux astringents : alun, chlorate de potasse, borate de soude ou aux caustiques comme le nitrate d'argent ou même aux cautérisations à l'aide du galvano-cautère.

S'il est vrai en effet que les adénoïdes disparaissent souvent avec l'âge il n'en est pas moins certain qu'elles laissent toujours du catarrhe naso-pharyngien comme trace de leur passage.

Quand par contre elles ne s'atrophient pas elles subissent la transformation fibreuse à laquelle peut succéder une dégénérescence maligne chez l'adulte : Castex en a observé un cas très net chez une femme et en a consigné l'observation dans la thèse de Monbeyran (th. de Paris 1897, Tumeurs malignes du naso-pharynx).

L'opération est d'ailleurs tout à fait inoffensive et

elle exige bien moins de temps et de dépenses pour le malade qu'un traitement incertain et fatigant.

La merveilleuse rapidité avec laquelle cessent les accidents souvent si graves dus à cette affection, leur disparition définitive, tout nous confirme dans l'opportunité de l'intervention immédiate. Aussi conseillerons-nous toujours cette cure radicale qui est seule efficace, qui est toujours utile, le plus souvent nécessaire. Il n'y a guère de contre-indications que dans l'hémophilie et les affections cardiaques, et encore ces dernières doivent-elles comporter des lésions graves pour être un obstacle absolu.

L'opération offre, il est vrai, quelques ennuis en raison de la difficulté avec laquelle on manœuvre dans cette région, en raison aussi de l'indocilité des petits malades qui présentent cette affection.

Cependant ce qui favorise singulièrement l'intervention, c'est que ces tissus morbides peuvent aisément s'énucléer avec le doigt.

Un badigeonnage préalable à la solution cocaïnée suffit pour éviter dans ce cas toute douleur.

On pourrait au besoin recourir aux inhalations de protoxyde d'azote ou au bromure d'éthyle, le chlorure d'éthyle paraît disposer davantage à l'hémorrhagie.

Le chloroforme a l'inconvénient de ne pouvoir être donné que la tête baissée et ce ne serait pas sans danger pour le petit patient de le lui donner la tête dressée, attitude que doit conserver l'adénoïdien qu'on opère. De plus au point de vue des responsabilités à encourir, le chloroforme devrait être admi-

nistré au malade couché, ainsi que l'a déclaré récemment encore M. le professeur Brouardel.

Quant à l'instrumentation, elle est des plus variée : on peut dire que chaque chirurgien a son instrument.

Le plus employé est le couteau de Schmidt ; on se sert aussi de la curette de Lermoyez, de la pince coupante de Lœwenberg, de la curette électrique de Châtellier, d'ongles métalliques, et au besoin de l'ongle de l'index.

L'hémorrhagie qui accompagne le curettage s'arrête d'elle-même, et quelques douches nasales d'eau boriquée chaudes pendant une quinzaine de jours suffisent à assurer les soins consécutifs.

Les résultats, nous l'avons vu, d'après nos observations, sont le plus souvent suprenants et les troubles nerveux que nous avons signalés dans ce travail disparaissent comme par enchantement ; mais là ne se bornent pas les bienfaits de l'opération : le petit malade recouvre aussi l'intelligence qu'il avait perdue et il revient en même temps rapidement à la santé : ce que Castex a bien prouvé par ses travaux sur la croissance post-opératoire, croissance qui se manifeste par une augmentation brusque du poids, de la taille et de l'embonpoint des petits opérés, lesquels arrivent bien vite à regagner le temps perdu et à se mettre au niveau des autres enfants de leur âge (Castex).

CONCLUSIONS

On voit que nombreux sont les troubles nerveux occasionnés par les végétations adénoïdes.

Ils méritent la première place dans le tableau symptomatique de l'affection. Dans certains cas ils peuvent prendre une tournure très grave.

Ils entravent la nutrition ainsi que le développement physique du malade, en troublant son sommeil et retardent aussi l'évolution de ses facultés intellectuelles.

En outre les adénoïdes gênent la respiration et par conséquent l'hématose. De plus, par leurs poussées inflammatoires fréquentes, elles donnent naissance à des exsudats septiques, à des mucosités purulentes plus ou moins infectées qui sont déglutis inconsciemment par le malade et peuvent être la cause de troubles digestifs rebelles à tout traitement interne.

Huchard et Gallois ont signalé des néphrites, des péri et endocardites dont le point de départ était l'infection par les adénoïdes.

Ce sont là des causes d'affaiblissement propres en tous points à entretenir les phénomènes nerveux.

Si comme nous l'avons vu, l'hérédité a un rôle

dans leur éclosion, les adénoïdes les entretiennent, en augmentent l'intensité, et empêchent l'organisme de lutter efficacement contre eux.

De cette étude se dégage cette conclusion formelle de toujours examiner le nez et la gorge d'un enfant présentant l'un quelconque des symptômes nerveux que nous avons énumérés dans cette thèse.

L'on y découvrira la plupart du temps la cause efficiente et l'on pourra agir directement sur elle.

Vu le Président de la thèse,
DEJERINE

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Thèses. — Bartholi. — Paris, 1893. Des végétations adénoïdes du Pharynx nasal.

» — Cuvillier. — Paris, 1890. Contribution à l'étude des végétations adénoïdes chez l'adulte.

» — Dubief. — Paris, 1889. De l'influence chron. des follicules clos de l'arr. cavité des fosses nasales.

» — Chatellier. — Paris, 1886. Tumeurs adénoïdes du pharynx.

» — Lewenberg. — Paris, 1866. La lame spirale du Limaçon de l'oreille de l'homme et des animaux. Recherches d'anatomie microscopique.

Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. — Article de Gérard Marchant.

Traité des maladies de l'enfance. — Article de Cuvillier. Tome 2.

Traité de Brouardel et Gibert. — Article de Cartaz.

Traité de thérapeutique chirurgicale de Le Dentu. — Article de Castex.

Traité des maladies de la gorge, du nez et du larynx de Castex. — 2e édition 1903, page 468.

L. R. Régnier. — Troubles nerveux en rapport avec les végétations adénoïdes chez l'enfant. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx, 1902 (page 118).

Arslan. — Certains réflexes des végétations adénoïdes. (Soc. italienne d'O. R. L., Rome, oct. 1896).

Grœnbech. — Annales de Laryngologie, 1896.

Gallois. — Néphrites et endocardites dans les végétations adénoïdes : (Bulletin méd., 26 sept. 1897).

A. Delpeuch. — Hippocrate et le facies adénoïdien (Presse méd. 5 mars 1898).

Gillette. — Annales de Laryngologie, 1898.

Straight. — Céphalée par adénoïdes, (New-York medical journal, 1896).

Helme. — Traitement des végét. adén. (Rapp. à la Soc. franç. de laryng., et otolog. 1896.

Lubet-Barbon. — Quelques troubles nerveux provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge (Revue mens. des malad. de l'Enfance, 1896).

Lermoyez. — Thérapeutique des maladies des fosses nas. (1896), végétations adén. tuberculeuses (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, oct. 1894).

Castex et Malherbe. — Croissance post-opératoire chez les adénoïdiens (Presse médicale, 31 mars 1894).

Chiari.— Des végét. adén. (XIe congrès internat, Rome, 1894).

Gronberg. — Végét. adén. et incontinence d'urine (Arch. für Laryng, 1894).

Lavraud. — Récidives dans les tumeurs adén. (Soc. franc. d'otol. 1893.

Dansac. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1893.

Raugé (P.). — Les tumeurs adénoïdes (Sem. méd. 3 juin 1893).

Delavan. — Evolution des tumeurs adénoïdes non traitées. (Congrès médical parnameric. 1893).

Duplaix. — Gazette des hôpitaux, 20 oct., 1892.

Ruault. — Archives de Laryngologie. Année 1892, p. 344.

Ménière. — Statistique de 115 opérat. de tumeurs adénoïd. (Académ. de Méd., 1er décembre 1891).

Despagnet. — Revue d'ophtalmologie, 1889. (Société française d'ophtalmologie., nov. 1889.

Trousseau. — Soc. française d'ophtalmologie, avril 1889.

Abadie. — Soc. française d'ophtalmologie, 1889.

Creswell-Barbier. — Soc. med. chir. de Brighton et Sussex 5 mai 1885.

Wilhelm-Meyer. — Hospitalstidende, 4 et 11 nov. 1868.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.